Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité, Berlin.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. K. Franz.)

Beitrag zur Lehre der Adenomyositis recto-vaginalis

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Otto Bokelmann
aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 20. Juli 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Kraus**

Die Theorie von der Histogenese der Adenomyone und Cystadenome des Uterus ist seit 1896, in welchem Jahre von Recklinghausen seine Urnierenhypothese aufstellte, der Gegenstand andauernder wissenschaftlicher Kontroversen gewesen. Erst in der neueren Zeit ist die Lehre von der Herkunft dieser Tumoren durch die seit 1897 systematisch durchgeführten Untersuchungen von R. Meyer auf einen neuen Boden gestellt und in klarere Bahnen geleitet worden. Seinem Wesen nach stellt das Adenomyom trotz seines „infiltrierenden" Wachstums eine „benigne heterotope Epithelwucherung" dar (Lubarsch, R. Meyer). Ihrem Sitz nach ganz verschieden, können sich die Wucherungen von sämtlichen Epithelarten ableiten. Am häufigsten gibt die Schleimhaut des Uterus den Mutterboden ab. Dagegen ist die angeborene Schleimhautdystopie selten. Auch der Gartnersche Gang kommt histogenetisch nur selten in Frage. Für eine paroophorale Abstammung fehlen sichere Beweise. In neuerer Zeit sind es namentlich die zwischen Uterus und Rektum auftretenden „Tumoren", die besonderes Interesse beansprucht haben und die R. Meyer mit dem Namen Adenomyositis recto-vaginalis bezeichnet hat. Für diese Wucherungen, für deren Histogenese in einer beschränkten Anzahl von Fällen der Beweis erbrachtt werden konnte, kommen als Mutterböden verschiedene Epithelarten in Betracht. Uterusmucosa, Serosaepithel, Lymphgefäßendothel, Vaginalschleimhaut, von angeborenen Epitheldystopien abgesehen. Erschwert wird die Beurteilung bisweilen durch die Beteiligung von Epithelarten an anderen Stellen des Genitalkanals.

Hier werden 2 Fälle von Adenomyositis beschrieben, bei denen mit Hilfe zahlreicher Serienschnitte die Herkunft der heterotopen epithelialen Elemente mit ziemlicher Klarheit hervorzugehen scheint. In beiden Fällen handelt es sich um Geschwulstbildungen an der Hinterfläche der Gebärmutter, die in der Höhe des inneren Muttermundes im recto-cervikalen Gewebe gelegen und mit dem Rectum innig verwachsen sind. Die klinischen Symptome gleichen einander in den wesentlichen

Punkten. Histologisch sind es adenomatöse Bildungen, nach unserem heutigen Standpunkt keine eigentlichen Blastome, sondern benigne heterotope Epithelwucherungen in einer gleichzeitig entwickelten fibromuskulären Gewebsbildung auf der Grundlage einer Entzündung, wie sie von R. *Meyer* zum ersten Mal beschrieben und erklärt worden sind.

In dem einen Falle handelt es sich um einen mehr abgeggrenzten „Tumor", in dem sich die epithelialen Elemente im wesentlichen auf das Tumorgebiet beschränken. Alle Zeichen sprechen hier für eine peritoneale Genese, einmal der entzündliche Charakter der Neubildung in einer Gegend, die normalerweise der Umschlagefalte des recto-cervikalen Peritoneums entspricht, dann vor allem die Lage der epithelialen Elemente dicht unter der Oberfläche des Cervixrückens und der *Nachweis des Zusammenhangs von Drüsen mit dieser Oberfläche an einer Aazahl von Stellen*; außerdem der Befund von dicht unter der Oberfläche gelegenen zusammenhängenden Lagen platten Epithels, die als versenkte Serosareste angesehen werden könnten. Schließlich deutet auch die Gesamtarchitektur, in der die „Drüsen" an der Oberfläche am zahlreichsten liegen und nach dem Endometrium zu abnehmen, sowie ihre offenbare Wachstumsrichtung dorthin, auf die Serosagenese. Dagegen beweist der gleichzeitige Befund einer „Drüsen" bildenden Serosa an der Oberfläche der hinteren Fundusward an demselben Präparat einwandfrei die Abkunft der dort gelegenen Epithelwucherungen vom Perimetrium. Es liegt kein Grund vor für den eigentlichen „Tumor" an demselben Präparat eine andere Genese unterzuschieben.

Der andere Fall liegt komplizierter. Die Neubildung zeigt hier ein mehr diffuses Wachstum, mit allerdings beschränkter Wachstumstendenz. Es finden sich hier epitheliale Gebilde an verschiedenen Stellen, die offenbar nicht in einem histogenetischen Zusammenhang stehen. Für die Gebilde in der hinteren Cervixwand wird man hier ebenfalls die Serosa als Mutterboden ansprechen müssen. Neben den für den ersten Fall angeführten Gründen sprechen für diese Herkunft noch der Befund von mehreren „Drüsen", zu denen Stroma von der freien Oberfläche des Tumor durch Adhäsionen und Muskelschichten hindurch in die Tiefe zieht. Was an diesem Fall aber ein besonderes Interesse beansprucht, ist die Beteiligung *mehrerer Epithelarten an den adenomyomatösen Wucherungen des Uterus*. Man konstatiert hier nämlich außer den oben beschriebenen Veränderungen noch das gleichzeitige Vorhandensein einer topographisch unabhängigen Adenometritis und schließlich interessiert noch der *Befund von Endothelwucherungen der Lymphgefäße*. Auf die Annahme

eines kausalen Zusammenhanges dieser einzelnen Wucherungsprozesse wird man hier ungern verzichten. Dann bleibt aber noch die Frage offen, welche von ihnen primär entstanden sind und ob die anderen unter dem wachsenden Einfluß eines Entzündungsreizes zu sekundärer Beteiligung erst angeregt werden, oder aber ob ein mehr elektiver Reiz auf dem Boden einer Entzündung topisch voneinander unabhängige Wachstumsenergien für epitheliales Gewebe überhaupt auslöst.

Für die beschriebenen recto-cervikalen Geschwülste erscheint immerhin die typische Lage bemerkenswert und die Tatsache der Disposition des hinteren Douglas zu Entzündungsprozessen gibt vor der Hand der peritonealen Genese mehr Raum. In den beschriebenen Fällen darf die Histogenese der Neubildung, die klinisch als Tumor imponierte und zur Operation führte, jedenfalls der Serosa zur Last gelegt werden.